STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 10992
23 april
2015

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2013.486

Beslissing in de zaak onder nummer C2013.486 van:
A., GGZ-arts, wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
tegen
C., psychiater, werkzaam te D. (gemeente E.),
verweerder in beide instanties, gemachtigde:
mr. V. Jongepier, advocaat te Middelburg.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 2 januari 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te 's-Gravenhage tegen C. – hierna de psychiater – een klacht ingediend. Bij beslissing van 19 november 2013, onder nummer 2013-004, heeft dat College klager niet-ontvankelijk verklaard in zijn klacht.
Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen.
De psychiater heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.
De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 3 februari 2015, waar zijn verschenen klager en de psychiater, bijgestaan door mr. Jongepier. Klager en mr. Jongepier hebben de wederzijdse standpunten toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
"2. ***De feiten***

2.1 In juli 2012 waren zowel klager als arts verbonden aan de F., statutair gevestigd te E. Klager was in dienst als G.-arts op de opnameafdeling te D., welke deel uitmaakt van de sector H. De arts was psychiater en directeur behandelzaken van de sector H. Van juli 2010 tot juli 2011 had hij daarnaast de functie van geneesheer-directeur vervuld.

2.2 Een sinds 9 juli 2012 opgenomen patiënte, die aanvankelijk met een IBS was geplaatst op de afdeling Kinderen en Jeugd, is op 17 juli 2012 overgeplaatst naar de opnameafdeling in verband met haar 18[e] verjaardag. In de IBS-beschikking van 12 juli 2012 stond kort samengevat vermeld dat patiënte wegens een stoornis sinds ongeveer een maand toenemend ontremd seksueel gedrag zien. Klager zag deze patiënte regelmatig als afdelingsarts. Patiënte is op 30 juli 2012 weggelopen en op 18 augustus 2012 teruggekomen op de opnameafdeling. Op die dag, te weten zaterdag de 18e augustus 2012, zag de arts zag patiënte in zijn hoedanigheid van dienstdoende psychiater. Hij rapporteerde daarover in het Electronisch Patienten Dossier (EPD) als volgt:
(citaat)
EPD patiënt X
"Naam rapportage BHP
Rap behandelplan
Functie – Datum Contact – Onderwerp
psychiater – 18-08-2012
Rapportage algemeen
heropnamegesprek:
geeft aan dat ontvluchting een impulsieve daad was met als directe aanleiding een confrontatie die zou hebben plaatsgevomnden met dr A., die op haar "drukpunten" zou hebben gedrukt en tevens te lang zou hebben gekeken hoe zij zich ontkleedde toen zij eenmaal in de separeer was. In wat en hoe precies blijft pate ontwijkend en vaag en gaat er verder niet op in. raakt geïrriteerd bij doorvragen, hetgeen iets lijkt af te nemen nadat ik vraag wat pate van plan is te doen met deze in haar relaas grens overschrijdende handelingen van collega S. Geeft aan geen aangifte te zullen doen indien collega S uit zichzelf met excuses zal komen. In gesprek spreekt pate zichzelf overigens diverse malen tegen, in hoe zij om wil gaan met een aantal zaken. vertelt tijdens periode van afwezigheid vele malen gemeenschap gehad te hebben waarvan 50% gewild en ongeveer 50% verkrachtingen. Geeft aan zichzelf een tijdje geleden op zwangerschap te hebben gecontroleerd (hetgeen niet het geval was) en geeft aan niet op SOA te willen worden onderzocht. Geeft aan te weten dat dat toch niet het geval is. daarbij bevestigt zij bij een gynaecoloog geweest te zijn in het I. ziekenhuis in J. die aangegeven heeft dat zij inwendig "beschadigd "is en daarom nog lang bloedverliest terwijl

zij niet meer menstrueert. reageert verschrikt bij het vernemen dat door behandelend team een machtiging is aangevraagd. wil eigenlijk allleen behandeling bij "de 4 sprong" voor haar trauma en daarbij referreert zij vooral aan het sexuele misbruik rond haar l4de levensjaar. geeft enerzijds aan begrip te hebben voor het feit dat na twee maal ontvlucht te zijn vrijheden zullen worden ingeperkt, anderzijds verzet zich heftig tegen door mij gepresenteerd uitgangspunt dat verblijf wel op afd kan zijn, maar nu voorlasnog niet in de binnentuin (wel eventueel roken in patio vd voorruimte) P0: verzorgde jonge vrouw, helder bewust gerienteerd in plaats en persoon (tijd niet getest), in gesprek afwerend om details te bespreken, stellig in uitspraken en tegenstrijdigheden uitsprekend, denken wel coherent, komt wel gerfragmenteerd over, normaal denktempo geen verhoogde associativiteit, geen aanw voor stoornissen in perceptie, stemming normofoor met modulerend affect. In gesprek geen aanwijzingen voor een actuele as 1 stoornis (!) zelfs met de hypothese van het invullen van mogelijkke weggevallen herinneringen tgv mogelijke dissociatie komt de anamnese mij te wisselend van inhoud over en de houding in het gesprek als manipulerend. Ik wil vaste behandelaren op grond van in ieder geval deze momentopname meegeven dat toepassen van dwang maatregelen mogelijk eerder een sterk contratherapeutisch effect, en mogelijk ook een gevaarverhogend effect zou kunnen hebben bij door mij mij veronderstelde as 2 problematiek (cluster B?) en mogelijk traumatische ervaringen. Gezien de door het vaste behandelteam aangegeven hoge urgentie bij ongeoorloofde afwezigheid is het behandelbeleid nu echter wel gericht op een dringende poging te doen dit weekend niet nog een "ontsnapping " te krijgen.

beleid: besproken huisarts in te schakelen ivm gevolgen van mogelijke gewilde en ongewilde sexuele contacten med handhaven als voorheen nu geen vrijheden van de afdeling, evenmin toegang tot de binnentuin. verder ivm BOPZ verplichting ouders op de hoogte gesteld van de heropname alhier verder wel respecterend de wens van pate om niets van haar behandeling te vertellen aan haar familie."

(einde citaat)

2.3 *Op de maandagochtend erna, te weten 20 augustus 2012, heeft de arts bij het ochtendoverleg van de opnameafdeling met de behandelend psychiater en het afdelingshoofd besproken dat hij de kans aanwezig achtte dat patiënte behandelaren ten onterechte zou beschuldigen van grensoverschrijdend gedrag jegens haar. De arts achtte het om die reden raadzaam patiënte voortaan door twee personen tezamen te laten behandelen. Op de avond van de 18e augustus had de arts ditzelfde punt reeds onder de aandacht van het verpleegkundig team gebracht.*

2.4 *Klager was van 10 augustus tot 11 september 2012 met vakantie.*

2.5 *Toen klager na zijn werkhervatting op 11 september 2012 constateerde wat door de arts op 18 augustus 2012 in het EPD was gerapporteerd, heeft hij op 28 september 2012 de navolgende e-mail gestuurd aan de arts:*

(citaat, maar met weglating initialen en geboortedatum van de patiënte)

Geachte Collega,

Op 18 augustus 2012 werd door u gerapporteerd over mevr. X. geb.../../1994, als volgt (voor zover van belang):

heropnamegesprek: geeft aan dat ontvluchting een impulsieve daad was met als directe aanleiding een confrontatie die zou hebben plaatsgevomnden met dr A., die op haar "drukpunten" zou hebben gedrukt en tevens te lang zou hebben gekeken hoe zij zich ontkleedde toen zij eenmaal in de separeer was. In wat en hoe precies blijft pate ontwijkend en vaag en gaat er verder niet op in. raakt geirriteerd bij doorvragen, hetgeen iets lijkt af te nemen nadat ik vraag wat pate van plan is te doen met deze in haar relaas grens overschrijdende handelingen van collega S. Geeft aan geen aangifte te zullen doen indien collega S uit zich zelf met excuses zal komen.

Ik was van vrijdag 10 augustus tot dinsdag 11 september 2012 met vakantie, dus ik werd eerst na terugkeer en geruime tijd na het tijdstip van verslaglegging met deze rapportage geconfronteerd. Mijn afwezigheid stond mijn bereikbaarheid overigens niet in de weg. Telefonisch overleg zou goed mogelijk zijn geweest.

Het betreft een patiënte die geen normbesef heeft, die confabuleert, die zich verliest in erotomane fantasieën, die symptomen veinst, die suggestibel is en die kenmerken vertoont van schizotypische, borderline en antisociale persoonlijkheidsproblematiek. Ze heeft wanen en hallucinaties en zij heeft problemen met 'source monitoring', een executieve functie die het mogelijk maakt een bron van informatie op te slaan, zodanig dat deze kan worden teruggevonden. Als deze functie gestoord is kan dat tot allerlei verstoringen in het realiteitsbesef leiden. Zo kan het zijn dat men zich informatie die uit een droom voortvloeit als echt herinnert. Een ander voorbeeld is dat iemand een verhaal aanhoort en er vervolgens van overtuigd is dat zelf meegemaakt te hebben. Een en ander kan leiden tot het vervagen van grenzen tussen realiteit en fictie en wellicht ook dissociatie in de hand werken.

In de rapportage wordt melding gemaakt van ernstig en onaanvaardbaar grensoverschrij-

dend gedrag van een behandelaar die bij naam wordt genoemd en die de meeste medewerkers binnen F. kennen.
Het verslag roept een schokkend en weerzinwekkend beeld op. Als het op waarheid zou berusten dan zou ik – naar mijn eigen opvattingen – ongeschikt zijn voor mijn werk. Mijn werkgever zou zich genoodzaakt zien in de arbeidsrechtelijke sfeer maatregelen te nemen om herhaling te voorkomen. Daarbij kan worden gedacht aan overplaatsing, op non-actief stelling of ontslag. Het gebruik van het woord 'zou' maakt dat het verslag in zekere zin in veronderstellende zin is geformuleerd. Dat doet echter niet af aan het effect dat het verslag op de lezer heeft.
Degene die kennis neemt van de rapportage zal de naam A. voor altijd associëren met een arts die een achttienjarige patiënte – bij haar separatie – begluurt en betast.
Dit is geen eenmalig risico. Zolang de rapportage bestaat zal zich dit keer op keer voordoen. Patiënte heeft, gegeven de complexe problematiek, nog een lange weg in de psychiatrie te gaan. Niet uitsluitend medewerkers van F. lezen deze rapportage. Ook rechters en advocaten die bij de te nemen BOPZ maatregelen betrokken worden, zullen met dit verslag worden geconfronteerd.
Ik acht het uit een oogpunt van zorgvuldigheid ongepast dergelijke uitlatingen op deze wijze te rapporteren. Daarbij zie ik het feit dat het tot deze rapportage is gekomen zonder ruggespraak met de betreffende behandelaar als een verzwarende omstandigheid. Een betrekkelijk vluchtige oriëntatie in het EPD had tot het inzicht kunnen leiden dat de gememoreerde separatie plaatsvond op zondag 29 juli, 's avonds rond acht uur en dat het daaropvolgende weglopen uit de instelling, gevolgd door een ongeoorloofde afwezigheid van achttien dagen, plaatsvond op maandag 30 juli. Op geen van beide dagen was ik op de afdeling aanwezig. In het weekend en op maandag werk ik immers niet. Ik zag cliënte vóór het weglopen voor het laatst op vrijdag 27 juli, tegen de middag.
Onder deze omstandigheden is het rapporteren van zeer belastende verklaringen in het EPD, met vermelding van mijn naam, laakbaar. Bedacht dient te worden dat de uitlatingen van een patiënt een extra lading krijgen als ze – n.b. door een psychiater/eerste geneeskundige met een directiefunctie – gerapporteerd worden. Ze krijgen extra gewicht, er wordt iets van geloofwaardigheid aan toegevoegd. Dat klemt te meer als er melding wordt gemaakt van de mogelijkheid aangifte te doen. Deze suggestie heeft in de context van een door een geneesheer-directeur geschreven voortgangsrapportage een versterkend effect: klaarblijkelijk neemt de rapporteur de uitlatingen van patiënte zo serieus dat hij haar de mogelijkheid voorhoudt aangifte te doen. Zo wordt een morbide aantijging van een patiënte tot een impertinente insinuatie van een behandelaar.
Ik voel mij door deze handelwijze geschaad in mijn eer en goede naam. Ik ervaar de rapportage als een inbreuk op mijn professionele integriteit. De wijze van rapporteren is onzorgvuldig, onbetamelijk, oncollegiaal, in strijd met jegens mij in acht te nemen regels van moraal en fatsoen en mitsdien onrechtmatig. De reputatieschade die ik hierdoor lijd is niet te berekenen, wel op geld waardeerbaar. Een financiële genoegdoening zal onderwerp dienen te zijn van nog te voeren overleg. Daarnaast stel ik als eis dat de rapportage van 18 augustus wordt aangevuld met een eerste zin (voorafgaand aan het woord 'heropnamegesprek'):
ZIE DE RECTIFICATIE IN DE VOORTGANGSRAPPORTAGE VAN 10 OKTOBER 2012 Vervolgens dient op 10 oktober a.s. in een door u op te stellen voortgangsrapportage de volgende rectificatie te worden opgenomen:
– RECTIFICATIE –
"Op 18 augustus werd door mij als volgt gerapporteerd:
heropnamegesprek:
geeft aan dat onvluchting een impulsieve daad was met als directe aanleiding een confrontatie die zou hebben plaatsgevomnden met dr A., die op haar "drukpunten" zou hebben gedrukt en tevens te lang zou hebben gekeken hoe zij zich ontkleedde toen zij eenmaal in de separeer was. In wat en hoe precies blijft pate ontwijkend en vaag en gaat er verder niet op in. raakt geirriteerd bij doorvragen, hetgeen iets lijkt af te nemen nadat ik vraag wat pate van plan is te doen met deze in haar relaas grens overschrijdende handelingen van collega S. Geeft aan geen aangifte te zullen doen indien collega S uit zichzelf met excuses zal komen.
Bij nader inzien betreur ik deze verslaglegging. Ik realiseer mij dat het op deze wijze verwerken van dergelijke uitlatingen in de voortgangsrapportage kan werken als een verdachtmaking. Dat het aanleiding kan geven om de professionele integriteit van collega A. in twijfel te trekken. Daar is naar mijn overtuiging geen enkele grond voor en dat maakt mijn rapportage in deze vorm ongepast en onzorgvuldig. Mijn suggestie aan patiënte om aangifte te doen is in dit verband wel uiterst ongelukkig omdat daardoor de indruk wordt gewekt dat ik haar ernstige bedenkingen serieus neem en ondersteun. Het ware verstandiger geweest om na het contact met patiënte ruggespraak te houden met collega A. Mij zou dan duidelijk geworden zijn dat het door patiënte gerelateerde grensoverschrijdende gedrag niet heeft kunnen plaatsvinden, domweg omdat collega A. ten tijde van de separatie en het daaraanvolgend weglopen niet op de afdeling aanwezig was. Als ik de uitlatingen van patiënte dan

toch had willen rapporteren dan zou ik dat beter in een geanonimiseerde vorm hebben kunnen doen. Door niet de naam van collega A. te noemen maar in plaats daarvan te spreken over 'een medewerker' zou ik correct hebben kunnen rapporteren, zonder collega A. in diskrediet te brengen. Door even terug te lezen in het EFD zou ik zonder veel moeite hebben kunnen constateren dat collega A. ('de bewuste medewerker') ten tijde van de door patiënte aangegeven incidenten niet op de afdeling aanwezig was. Zou ik dat in mijn rapportage vermeld hebben dan zou dat bij de lezer tot beter begrip hebben kunnen leiden aangaande de bij pte. bestaande stoornissen, waardoor mijn rapportage aan waarde had gewonnen.
C."
Rectificatie en schadevergoeding kunnen niet los van elkaar worden gezien. Het een niet zonder het ander. Als deze kwestie niet binnen twee weken op een mij conveniërende wijze wordt geregeld zal ik het oordeel van de tuchtrechter inroepen. Ik houd de mogelijkheden van andere rechtsmaatregelen uitdrukkelijk open.
Groet, A.
(einde citaat)

2.6 *Klager heeft deze e-mail niet alleen aan de arts gezonden, maar ook aan alle leden van de medische staf van de organisatie F., ongeveer vijftig collega's van de arts.*

2.7 *De arts heeft in overleg met zijn leidinggevende (psychiater en lid van de Raad van Bestuur) klager per e-mail van 28 september 2012 uitgenodigd voor een gesprek in aanwezigheid van de geneesheer-directeur, tevens psychiater. Op de uitnodiging voor dit heeft klager afwijzend gereageerd.*

2.9 *Vervolgens zijn klager en de arts afzonderlijk door een directeur en het lid van de Raad van Bestuur gehoord. Dit heeft geresulteerd in een door deze beiden ondertekende brief d.d. 11 oktober 2012 uit naam van F. aan zowel klager als de arts met een beoordeling van hetgeen is voorgevallen.*
De conclusie in de brief over het gedrag van de arts is (kort samengevat) dat bij expliciete vermelding van de naam van klager in het EPD, het wenselijk ware geweest wanneer de arts in de tekst ook expliciet de verklaring van patiënte in twijfel had getrokken, vanwege de toen bestaande mogelijkheid dat ook derden (...) deze passage onder ogen zouden kunnen krijgen. In dit opzicht is de naamsvermelding volgens hen geen gelukkige keuze geweest. Daarnaast zijn zij van mening dat bij de keuze om de naam van klager wel volledig te vermelden dat het beter ware geweest als de arts dit bij terugkomst van klagers vakantie, zo spoedig mogelijk met hem zou hebben besproken. Alles afwegende is hun conclusie dat de handelwijze van de arts niet dusdanig is dat een formele maatregel gerechtvaardigd is.
Ten aanzien van de handelwijze van klager is de conclusie in de brief (kort samengevat) dat klager in de wijze waarop hij deze kwestie heeft aangepakt niet collegiaal heeft gehandeld. De handelwijze om niet met de arts hierover in gesprek te gaan is in strijd met de gedragsregels voor artsen. Door brede verspreiding van de mail van klager met bovendien een juridische toonzetting, heeft klager de kans op een escalatie vergroot, in plaats van een onderlinge oplossing te zoeken tussen professionals. Het heeft de samenwerkingsrelatie tussen beiden extra onder druk gezet. Het feit dat klager een gedeelte van een patiëntendossier zo breed verspreid heeft, dient te worden beschouwd als een onnodige schending van de gedragsregels voor artsen en de gedragscode van F. Daarvoor wordt een formele berisping gegeven aan klager.

2.10 *Klager is wegens een ziekteperiode vanaf 21 december 2012 tot aan begin januari 2013 niet werkzaam geweest.*

2.11 *Op 15 januari 2013 schrijft de arts in een brief (en email) aan klager dat hij bereid is onder deskundige leiding het gesprek aan te gaan, alsmede:*
"Om mijn bereidwilligheid hiervoor te onderstrepen wil ik aangeven dat ik in het dossier van cliënte een aantekening heb opgenomen om verder te verduidelijken wat ik met mijn aantekening dd 18/8/2012 heb getracht weer te geven. Hiermee wordt het mijns inziens voor allen die toegang hebben tot dat dossier onmiskenbaar dat ik op grond het verhaal van cliënte ten aanzien van jou geen enkele verdenking heb, dat jij je ten opzichte van haar grensoverschrijdend hebt gedragen. ".

2.12 *Onder leiding van een mediator begin februari 2013 zijn drie gesprekken gevoerd. Er is geen overeenstemming dan wel een oplossing bereikt.*

2.13 *Op verzoek van F. heeft de kantonrechter bij beschikking van 2 mei 2013 de arbeidsovereenkomst tussen haar en klager ontbonden, zonder toekenning van een vergoeding aan klager. Een slotoverweging is dat klager de problemen waaronder de verstoring van de arbeidsverhouding door zijn onbuigzame opstelling zelf heeft veroorzaakt en dat het daarom niet billijk is dat F. hem enige vergoeding zou betalen.*

2.14 *Voorts loopt er nog een aansprakelijkheidsprocedure, met klager als eiser en de arts en F. als gedaagden. In deze procedure vordert klager dat F. de formele berisping intrekt, dat F. en de arts de verslaglegging in het EPD (inclusief de aanvulling daarop van de arts) rectificeren op*

de door klager gewenste wijze, en ten slotte dat schadevergoeding wordt betaald voor geleden immateriële schade.

3. ***De klacht***

Klager acht het rapporteren in het EPD door de arts op 18 augustus 2012 van zeer belastende verklaringen, waarin klager met naam en toenaam wordt genoemd, uit het oogpunt van zorgvuldigheid en moraal en fatsoen en collegialiteit ongepast. Klager voelt zich hierdoor in zijn eer en goede naam en in zijn professionaliteit als arts aangetast.

Klager wijst voorts op de volgende verzwarende omstandigheden. Het rapporteren is gebeurd zonder ruggespraak met klager als de desbetreffende behandelaar, waarbij bovendien duidelijk was dat klager toen niet op de afdeling aanwezig was, zodat de beschuldiging door de patiënte niet gegrond kon zijn. De uitlatingen van een patiënt hebben bovendien een extra lading gekregen aangezien ze door een psychiater met een directiefunctie gerapporteerd zijn. Daarbij heeft de vermelding van de mogelijkheid van het doen van aangifte in deze context een versterkend effect. Zo wordt een morbide aantijging van een patiënte tot een impertinente insinuatie van een behandelaar.

4. ***Het standpunt van de arts***

De arts heeft de klacht en de daaraan ten grondslag liggende stellingen gemotiveerd bestreden. Het standpunt van de arts komt er primair op neer dat de door klager aan de arts verweten gedraging geen handelen betreft op het gebied van de individuele gezondheidszorg dat rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen of te bewaken, dan wel te beoordelen, dan wel zijn weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Daardoor valt de klacht niet onder de reikwijdte van artikel 47 lid 1 en 2 Wet BIG en dient klager niet ontvankelijk te worden verklaard.

Subsidiair is de arts van oordeel -indien zijn handelen wel zou vallen onder de reikwijdte van artikel 47 Wet BIG- dat hij niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De passage in het EPD is immers opgenomen als anamnese, hetgeen volgens de gedragsregels zo veel mogelijk de letterlijke weergave van de bewoording van de patiënt dient te zijn. Bovendien valt uit de context van de toen reeds in het EPD opgenomen informatie af te leiden dat de opmerkingen van patiënte geplaatst en gezien moeten worden in de context van haar ziektebeeld en dat haar opmerkingen juist symptomatisch zijn voor haar ziektebeeld. Ten slotte heeft de arts veel in het werk gesteld om het geschilpunt met klager op te lossen.

5. ***De beoordeling***

5.1 Allereerst dient de vraag beantwoord te worden of klager als 'rechtstreeks belanghebbende' in de zin van artikel 65 lid 1 aanhef en sub a Wet BIG kan worden aangemerkt en op die grond ontvankelijk is in zijn klacht. Als rechtstreeks belanghebbende kan in elk geval klachtgerechtigd kan zijn een patiënt van de betrokken hulpverlener, een nabestaande van de overleden patiënt, of een naaste betrekking van de patiënt.

5.2 Om aangemerkt te kunnen worden als klachtgerechtigde, dient er aan de zijde van klager sprake te zijn van een belang dat kan worden geplaatst in het kader van de individuele gezondheidszorg. Deze eis vloeit voort uit de aard en de strekking van de Wet BIG die beoogt de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te bewaken.

Vooropgesteld wordt dat een collega werkzaam in de gezondheidszorg, behoudens bijzondere omstandigheden, in het algemeen geen rechtstreeks belang heeft bij het indienen van een klacht. Bijzondere omstandigheden zijn pas aan de orde indien uit de stellingen van de klager volgt dat de klacht de individuele gezondheidszorg raakt en dat klager daaraan een bijzonder eigen belang ontleent. Hiervan kan sprake zijn wanneer de collega door de verweten handeling in de uitoefening van zijn functie in de gezondheidszorg wordt belemmerd (bijvoorbeeld door ondermijning van het in hem te stellen vertrouwen door patiënten of door het belemmeren van ingezet behandelbeleid van een patiënt, of onjuist behandelen van een patiënt).

5.3 Het belang dat klager stelt, te weten dat jegens hem -kort gezegd- door de verweten handelingen onrechtmatig is gehandeld omdat hij in zijn eer en goede naam als arts is aangetast, is geen rechtstreeks bij een handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg betrokken belang, maar veeleer een (financieel) belang bij de uitkomst van de civiele procedure.

5.4 Het College legt aan dit oordeel de volgende overwegingen ten grondslag. Niet is gesteld -laat staan dat voldoende is gebleken of vast is komen te staan- dat klager een bijzonder rechtstreeks belang van de gezondheidszorg beoogt te beschermen door het indienen van de klacht. De zorg aan patiënte, noch de uitoefening van zijn werk meer in het algemeen is in het geding geweest, hetgeen zowel is af te leiden uit de stukken, alsook door klager ter zitting desgevraagd is verklaard. Uit de inhoud van de reeds voor 18 augustus 2012 in het EPD aanwezige aantekeningen blijkt voorts dat bekend was dat bij patiënte sprake was van problematisch ongeremd seksueel gedrag. Ter zitting bevestigt klager dat de zinsnede waarover wordt geklaagd in feite niets te betekenen had in het licht van het ziektebeeld van patiënte, nu de opmerking van de patiënte paste in het patroon waarbij zij allerlei medewerkers beschuldigde. In redelijkheid kan de verweten zinsnede die door de arts op 18 augustus 2012 als anamnese in het EPD is toegevoegd, niet geacht worden de verlening van de individuele gezondheidszorg in

het geding te hebben gebracht, noch geacht worden klager te hebben geschaad in een rechtstreeks met de individuele gezondheidszorg samenhangend belang.

5.5 Ten overvloede wordt opgemerkt dat de omstandigheid dat na 18 augustus 2012 de collegiale samenwerking ernstig onder druk is komen te staan, met een ontbinding van de arbeidsovereenkomst met klager en een civiele aansprakelijkheidsprocedure tot gevolg, buiten beschouwing dient te blijven in het kader van deze procedure, aangezien de handeling waarover wordt geklaagd weliswaar de aanleiding vormde voor dit verdere verloop, maar dit verdere verloop niet als een in redelijkheid daarvan te verwachten gevolg kan worden beschouwd.

5.6 De vraag of hetgeen klager de arts verwijt handelen of nalaten van de arts oplevert dat kan worden getoetst aan de tuchtnormen als genoemd in artikel 47 lid 1 sub a en b Wet BIG en zo ja, of de arts in strijd hiermee heeft gehandeld, komt gelet op het hiervoor overwogene niet meer aan de orde.

Ten overvloede zij evenwel opgemerkt dat klager niet heeft geklaagd over handelen van de arts ten opzichte van de patiënt (de eerste tuchtnorm, artikel 47 lid 1 sub a Wet BIG), maar dat -om dezelfde redenen als onder 5.1 genoemd- het in de onderhavige klacht evenmin handelen van de arts betreft, waarvan gesteld wordt of waarvan is gebleken dat het geacht kan worden in strijd te zijn met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

5.7 Het voorgaande brengt mee dat klager bij gebreke van een rechtstreeks belang niet ontvankelijk wordt verklaard in zijn klacht.

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 Klager kan zich blijkens zijn beroepschrift niet vinden in het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat hij niet kan worden ontvangen in zijn klacht omdat hij niet kan worden aangemerkt als klachtgerechtigde als bedoeld in artikel 65 lid 1 onder a van de Wet BIG. Het hoger beroep van klager strekt ertoe dat hij wel als klachtgerechtigde wordt aangemerkt en zijn klacht alsnog gegrond wordt verklaar

4.2 De psychiater kan zich blijkens zijn verweerschrift in hoger beroep wel vinden in het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en stelt primair dat deze beslissing in stand dient te worden gelaten en klager niet-ontvankelijk verklaard dient te worden in zijn klacht, nu het door hem gestelde onvoldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg en hij derhalve niet als klachtgerechtigde kan worden aangemerkt. Voor zover klager in hoger beroep wel als klachtgerechtigde wordt aangemerkt, stelt de psychiater subsidiair dat hij niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en de klacht dan dient te worden afgewezen als (kennelijk) ongegrond.

Beoordeling met betrekking tot de ontvankelijkheid

4.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft geoordeeld dat klager met betrekking tot het handelen van de psychiater niet kan gelden als ‘rechtstreeks belanghebbende’ in de zin van art. 65 lid 1 aanhef en sub a Wet BIG. Volgens het Regionaal Tuchtcollege is het belang dat klager heeft gesteld – te weten dat hij in zijn eer en goede naam is aangetast – geen rechtstreeks bij een handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg betrokken belang. Door het gewraakte handelen is noch de zorg aan patiënte, noch de uitoefening van het werk van klager in het algemeen in het geding geweest. Klager is daarom niet ontvankelijk in zijn klacht, aldus het Regionaal Tuchtcollege.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt. Om aangemerkt te worden als klachtgerechtigd in de zin van artikel 65 van de Wet BIG dient er aan de zijde van klager sprake te zijn van een rechtstreeks belang dat kan worden geplaatst in het kader van de individuele gezondheidszorg. Deze eis vloeit voort uit de aard en strekking van de Wet BIG die beoogt de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te bewaken. Onder omstandigheden kunnen ook collega’s van beroepsbeoefenaren als rechtstreeks belanghebbenden worden beschouwd. In zo’n geval moet de klagende collega als medisch beroepsbeoefenaar een concreet belang hebben dat verband houdt met de individuele gezondheidszorg.

4.5 Klager verwijt de psychiater (in de kern) dat de psychiater heeft gehandeld in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg, door in het EPD verslag te doen van zijn heropnamegesprek met een patiënte op 18 augustus 2012 op de wijze zoals door hem gedaan en met name door daarbij klager met naam en toenaam te noemen. Hij is door een dergelijke wijze van verslaglegging in zijn eer en goede naam aangetast. Volgens klager is zijn concrete belang dat verband houdt met de individuele gezondheidszorg (onder meer) gelegen in het feit dat hij aldus door toedoen van de psychiater belemmerd kan worden in zijn functioneren als BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege oordeelt dat een (mogelijke) ondermijning van het vertrouwen van

collega-beroepsbeoefenaren in klager als GGZ-arts is te beschouwen als een concreet rechtstreeks belang dat te maken heeft met de individuele gezondheidszorg. Het is zeker niet uit te sluiten dat een passage als de onderhavige, waarvan andere hulpverleners (zowel huidige als toekomstige) via het EPD kunnen kennisnemen, invloed heeft op het vertrouwen dat zij (en via hen eventueel ook toekomstige patiënten) in klager als GGZ-arts zullen hebben. Klager kan derhalve als klachtgerechtigde worden aangemerkt. Tevens kan het handelen waarover wordt geklaagd, in strijd zijn met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg, in de zin van art. 47 lid 1 sub b Wet BIG. Diskwalificerende uitlatingen over andere beroepsbeoefenaren kunnen immers weerslag hebben op de individuele gezondheidszorg. Ook in deze zin kan van ontvankelijkheid worden gesproken.

Inhoudelijke beoordeling

4.7 In hoger beroep komt dan alsnog de vraag aan de orde of de psychiater tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door de wijze waarop hij in het EPD verslag heeft gedaan van zijn heropnamegesprek met patiënte op 18 augustus 2012, met name door daarbij klager met naam en toenaam te noemen. Het Centraal Tuchtcollege acht van belang dat de psychiater in zijn wijze van formuleren zoveel mogelijk heeft aangesloten bij de eigen bewoordingen van patiënte en haar grotendeels letterlijk heeft geciteerd. Door aldus te zorgen voor een correcte verslaglegging in het EPD van wat er is besproken tijdens zijn heropnamegesprek met patiënte, heeft de psychiater gedaan wat van hem verwacht mocht worden. Tijdens de mondelinge behandeling van het hoger beroep heeft de psychiater nog nader toegelicht waarom hij bewust de keuze heeft gemaakt klager met naam en toenaam te noemen. De psychiater heeft verklaard dat het vermelden van de naam van klager zijns inziens van belang was voor de (verdere) behandeling van patiënte, zowel voor patiënte zelf als (in verband met de risico's) voor huidige en toekomstige behandelaren. Zo had patiënte aan de psychiater kenbaar gemaakt naar buiten te treden met haar aantijgingen en mogelijk verdere stappen te ondernemen. Deze verklaring komt het Centraal Tuchtcollege alleszins juist voor. Het handelen van de psychiater is dan ook geenszins onzorgvuldig en of tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dat het beter was geweest als de psychiater klager direct persoonlijk op de hoogte had gesteld van de wijze waarop hij verslag had gedaan, leidt niet tot een ander oordeel. Uit het vorenstaande volgt dat de klacht ongegrond is.

4.7 Het vorenstaande leidt tot de volgende beslissing.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de bestreden beslissing;
verklaart klager ontvankelijk in zijn klacht;
verklaart de klacht ongegrond.

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.
Deze beslissing is gegeven door: mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, prof. mr. J.K.M. Gevers en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden juristen en drs. A.C.L. Allertz en prof. dr. P.P.G. Hodiamont, leden beroepsgenoten en mr. R. Blokker, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 14 april 2015.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.